SERVICIO SALUD DE TARAPACÁ
HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES
ACS/PAIC/EPS/JVD/FAV/fav

APRUEBA PLAN DE ACTIVIDADES 2026 DEL HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES.

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 1915 /

IQUIQUE, 30 SEP 2026

VISTOS: Lo establecido en el D. F. L. N ° 01/ 05, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763/79 y de las Leyes Nº 18.933 y Nº 18.469; lo dispuesto por el Decreto N° 75/06, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud en lo que resulte aplicable; lo dispuesto por el Decreto Nº 38/05 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red; lo dispuesto por la Ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud; lo dispuesto por la Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Atenciones Vinculadas a su Atención en Salud; lo dispuesto por el artículo decimoquinto transitorio de la Ley N° 19.937, que otorga la calidad de Autogestionado en Red al Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique; lo dispuesto por la Resolución Exenta Nº 2440/2024 de la Dirección del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, que aprueba el Plan Estratégico del establecimiento de salud; el Instrumento Balanced Scorecard establecimientos autogestionados en Red 2026 versión 1.0; lo establecido por la Resolución Nº 6 y 7 /19 de la Contraloría General de la República y las facultades que me confiere la Resolución Exenta Nº 4870 13/11/2024, de la Dirección del Servicio de Salud de Tarapacá.

CONSIDERANDO:

1. Que por la Ley N° 19.937 se modifica el D.L. Nº 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, por la que se crea la figura de los Establecimientos Autogestionados en Red, con la finalidad de obtener una mejora en la eficiencia en los hospitales más complejos del sistema de salud pública del país, otorgando mayores facultades a su Director respecto de las materias que con posterioridad vino a regular el Decreto N° 38 de 2005 del Ministerio de Salud relativas al recurso humano, financiero, físico y transacciones con terceros respecto de las materias propias de su competencia dentro del cumplimiento de las funciones asignadas al Hospital Autogestionado en Red.

2. Que por su parte el Decreto N° 38 de 2005 del Ministerio de Salud, ya mencionado, que contiene el texto del Reglamento Orgánico de los Establecimiento de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, estableció los requisitos necesarios para la obtención y mantención de dicha calidad y específicamente en su artículo 16, letra c) establece que entre los requisitos mínimos que se deben cumplir para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionado el establecimiento debe contar con un Plan de Desarrollo Estratégico y letra d) contar con un Plan Anual de Actividades.

4. Que el documento ministerial Instrumento de Evaluación para establecimientos autogestionados en Red año 2026, establece 11 Objetivos Sanitarios y que para alcanzarlos se hace necesario contar con un Plan Anual de Actividades Año 2026, haciendo foco en la mejora de procesos críticos como: Gestión de Camas, Listas de Esperas, Gestión de Calidad. Cumplimiento GES, cumplimiento indicadores clínicos y en su conjunto las actividades estratégicas contempladas en el Balanced Scorecard 2026, entre otros que se encuentran alineados en los 4 Temas Estratégicos Institucionales 1) Sustentabilidad Estratégica; 2) Eficiencia Operacional; 3) Gestión Asistencial en Red; 4) Calidad de la Atención.

R E S U E L V O:

1°. - APRUEBASE el conjunto de acciones contenidas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2026" del establecimiento autogestionado en red Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, que sirven para alcanzar los objetivos estratégicos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud para los hospitales autogestionados en red.

PLAN DE ACTIVIDADES 2026 HOSPITAL Dr. Ernesto Torres Galdames

SUSTENTABILIDAD FINANCIERA

OE			ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	INDICADOR	META	T1			T2			T3			T4		
2		Optimizar el uso de los recursos para mejorar la presentación de servicios					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2.1	A.4_1.3	**Cumplimiento de los componentes de la programación Especialidades Medicas, No Médicas y Odontológicas**	Fortalecer comité HETG de programación anual de profesionales (sesionar mensual)	Jefe CAR	Programación anual de profesionales médicos y no médicos realizada de manera presencial, remota y por telemedicina.	M ≥ 95%												
			Realizar programación de la actividad con la participación activa de Jefe de Servicios y el Comité de Programación.	SDM														
			Incorporar la herramienta digital de programación que está siendo elaborada por el SST.	Jefe Depto. Informática														
			Realizar reuniones mensuales con Jefes de Especialidades.	Jefe CAE														
			Implementar el uso de YANI atención abierta en los policlínicos del CAE	SDA - Depto. Informática														
			Realizar oportunamente reprogramación de CME, de acuerdo a lineamientos ministeriales.	SDM - Comité Programación		M ≥ 90%												
7		Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
7.1	M.S. 7 19.664; 7 / 18.834	**Exceso de días de estancia asociados con outliers superiores**	Monitoreo de resultados de indicador	Director, Subdirector médico, jefe GRD y jefes de servicios clínicos	Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores. (VEEOS)	M<= 5% L.B.												
			Resolución 2026 del comité de eficiencia hospitalaria	Subdirector Médico, Jefe GRD.														
			Sesiones del comité de eficiencia hospitalaria	Coordinador Comité Eficiencia														
			Levantamiento y análisis de especialidad con estancias prolongadas: Cardiología	CEH														
			Presentación a Especialidad de cardiología de la necesidad de transformar el modelo organizacional de la especialidad	CEH														
			Jornada Cardiología: Espacio colaborativo para establecer estrategias y tareas a corto plazo	Especialidad Cardiología & CEH														
			Desarrollo e implementación de Epicrisis en HIS	TIC & CEH														
			Desarrollo de solicitud de horas de control/interconsultas a través del HIS	TIC, UGR, CEH														
			Desarrollo e implementación de receta electrónica	TIC & Farmacia														
			Capacitación de nueva epicrisis a médicos de servicios Piloto: Medicina, Cirugía y UPCA.	TIC & CEH														
			Protocolización y digitalización de solicitudes de procedimientos cardiológicos a través del HIS	Dra. Ammy Sanchez, Desarrollador TIC y Coordinador Comité Eficiencia														
			Elaboración/actualización del Protocolo de Dolor Torácico	Dr. Vegas, Dr. Ceballos y Dra. Ortiz														
			Implementación y organización de visita cardiológica a pacientes hospitalizados.	Dr. Paz														
			Protocolización y gestión de la Interconsulta de pacientes cardiologicos hospitalizados.	Dr. Vegas y Dr. Dubuc														
			Capacitación masiva de Gestión del alta en el 100% de los Servicios Clínicos del Hospital.	Equipo TIC, Coordinador CEH, Jefes Médicos y Enf. Supervisoras.														
			Implementación de la gestión del alta a través de la nueva Epicrsis en todos los servicios clínicos	Equipo TIC, Coordinador CEH, Jefes Médicos y Enf. Supervisoras.														

							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
7.4	A.3_1.8	**Ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales**	Generación de informes y documentos técnicos que evidencien la brecha de personal existente en la Unidad de Mantención, con el fin de sustentar proyectos de fortalecimiento institucional y justificar la necesidad de incorporación de recursos humanos adicionales.	Departamentos de Recursos Fisicos	Ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.	M >= 95%												
			Ajustar la planificación de mantenimiento preventivo (MP) de equipos industriales y médicos, con el objetivo de aumentar la cobertura de intervención y evitar que equipos queden sin mantenimiento certificado o ejecución oportuna.	Jefatura Mantención														
			Revisión mensual ejecución Mantenimiento preventivo. La unidad se reunirá en conjunto con los coordinares para identificar - Desviaciones de cumplimiento /ejecución. - Causas de no-cumplimiento. - Factores de mejora potencial. A partir del análisis de los factores antes mencionados, se diseña un plan de acción para implementar mejoras necesarias. Dicho plan llevará monitoreo semanal para dar seguimiento a su evolución.	Jefatura Mantención														
			Revisión mensual ejecución Mantenimiento preventivo junto al equipo tecnico de las areas correspondientes	Jefatura Mantención														

14		**Controlar de manera eficientes los recursos financieros**					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
14.2	A.1_2.4	**Indice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente**	Elaborar estudio de brecha de RRHH	SDGDP	Índice del Gasto en convenio con Personas Naturales respecto a la Glosa autorizada vigente	M ≤ 1,00												
			Generar Planilla formato para el catastro levantamiento de brecha	SDGDP														
			Presentar proyecto de aumento de dotación de RRHH especializado que permita disminuir la brecha	SDGDP														
			Monitorear 70 cargos HSA asimilados a ley 18.834 ingresados En SIRH para el año 2026. fueron contratados por HAH con funciones en HETG .	SDGDP														
			Generar informes mensuales del "Índice de gasto en convenio con personas naturales vs. Glosa" al día 15 de cada mes.	SDGDP														
			Generar informe trimestral cualitativo de Índice de gasto en convenio con personas naturales vs. Glosa	SDGDP														
			Monitorear el cumplimiento del envío del informe trimestral a SRA de consistencia entre el gasto en SIRH* vs SIFGE. Cuadro resumen de consistencias: - Fuente de Información - Mes 1 Mes 2 Mes 3 Total Trimestre - Gasto SIRH - Gasto SIGFE - Consistencia (SIGFE/SIRH) *100	Planificación y control de las personas														
14.3	A.1_2.5	**Compras en monto de la Canasta Escencial de Medicamentos (CEM) através de la intermediación CENABAST**	Monitorizar Cantidad a comprar de medicamentos asociados a indicador SICEM, para poder priorizar y no superar porcentaje sugerido de cumplimiento.	QF. Cristian Suarez	Índice de Programación de compras en farmacia, generando adquisiciones no deseadas	Mantener un stock de seguridad de 2 meses, evitar quiebres y vencimientos, optimizar los montos de compra y liberar presupuesto para medicamentos no intermediados.												
			Realizar entrega mensual de informe de productos con sobrestock, considerando los días de inventario definidos por jefatura de bodega: >60 días para fármacos y refrigerados, y >45 días para sueros.	QF. Carolina Aguilera														
			Mejorar programaciones de medicamentos los cero y futuros quiebres, evitar generar sobrestock de estos con el informe enviado por bodega de medicamentos de abastecimiento	QF. Consuelo Mayorga														

							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
14.4	A.1_6	**Reintegro al fisco de la recuperación de ingreso de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes**	Actualización manual de procedimiento LM, sobre seguimiento de estado LM, Plazos.	Jefe Cobranzas Y Recaudación, SDGDP, Jefe Gestión De Las Personas	Reintegro al Físco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes	Meta 1: ≥85% recaudo. Meta 2: 100% reintegro												
			Cobranza superintendencia de salud	Jefe Cobranzas Y Recaudación														
			Cobranza masiva Isapres	Jefe Cobranzas Y Recaudación														
			Cobranza plataforma isapres	Jefe Cobranzas Y Recaudación														
			Cobranza terreno a isapre	Jefe Cobranzas Y Recaudación														
			Reunión trimestral COMPIN	Jefe Cobranza Y Jefe Finanzas														
			Reunión semestral seremía	Jefe Cobranza Y Jefe Finanzas														
			Reunión trimestral Subdirección gestión de las personas	SDGP, Jefe Finanzas Y Jefe Cobranzas														
			Informe de recuperación de LM	Jefe Cobranza Y Jefe Finanzas														
14.5	A.1.7	**Cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas**	Gestionar Licitación por compras de servicios de horas médicas dentro de la banda de precios fijados por FONASA	SDM	% en la disminución en el costo de las prestaciones de exámenes de procedimientos de la institución	Lograr incentivar la compra de prestaciones por horas médicas o contratar a un especialista en el área de la cardiología infantil y Hemodinamia												
			Gestionar a nivel central la contratación de especialitas médicos que nuestra instituicion carece, como son médicos de cardiologia infantil y médicos hemodinamistas	SDM														
			Gestionar la contratación de servicios de horas médicas por el Sub. 21	SDM														

EFICIENCIA OPERACIONAL

OE			ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	INDICADOR	META	T1			T2			T3			T4		
3		Proporcionar atención oportuna, segura y digna					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
3.1	B.4_1.2	**Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica**	Implementar módulo YANI en la UEH, resolviendo observaciones levantadas por el rrhh del área.	SDA - Depto. Informática	% de pctes. atendidos dentro del estándar en UEH	M>=90%												
			Implementar 3 estaciones de acceso al registro y datos de pacientes en la UEH.	SDA - Depto. Informática														
			Implementar dispositivos de información de tiempos de espera en la red de urgencia de la red asistencial.	SDA - Depto. Informática														
			Puesta en marcha YANI en la UEH	SDA - Depto. Informática														
			Sensibilización y capacitación del personal médico y de enfermería	Jefe y Supervisora Urgencia														
			Acompañamiento de jefatura técnica y R1 (Médicos a cargo del turno) evaluando a los pacientes.	Jefe de Unidad y Jefe Técnico														
			Participación activa en reuniones de UGCC para velar por el flujo de pacientes	Jefe y Supervisora Urgencia														

							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
3.2	B.4_1.4	**Suspensiones quirúrgicas en cirugias mayores electivas**	Optimizar el tiempo de entrada y salida (turnover time). El objetivo es que el tiempo entre la salida de un paciente y la entrada del siguiente no supere los 15 a 20 minutos. Causas Multifactoriales.	Pabellón Central	% de Suspensiones quirúrgicas mayores electivas	<=6,5 SUSPENSIÓN.												
			Alinear a los equipos quirúrgicos para que las cirugías inicien puntualmente (primera cirugía del día a las 08:00 AM sin retrasos, instrumental correcto, técnica conocida por equipo, arsenalero lavado y cirujanos presentes).	Pabellon Central / Jefes de servicios de cada especialidad.														
			Instrumental quirúrgico con trazabilidad completa y reposición oportuna de osteosintesis e implantes al momento del uso.	Central de Esterilización														
			Acceso en tiempo real de la jefatura de la Central de Esterilización a la tabla quirúrgica del día siguiente, para preparacion de instrumental de las cirugías programadas, incluyendo diversas técnicas quirúrgicas.	Central de Esterilización														
			Solicitar herramientas de formación (GRD- Gestión de procesos - administración y compras publicas)	Capacitación														
			Creación de protocolo de preparación pre quirúrgica de pacientes, que comprenda todo el ciclo vital.	Jefaturas de Pabellón Central / PCI / Unidad de pre quirúrgica														
			Fortalecer el control interno del programa de mantencion preventiva y/o reparativa del equipamiento quirurgico existente.	Pabellón Central / Mantención														
3.3	CG12	**Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía UEH**	Posicionar UGCC como validador de indicación de hospitalización.	SDM	% de acceso a pacientes que ingresan por via de emergencia	>=50%												
			Visita clínica diaria por el Servicio de Urgencia	UGCC														
			Reunión de camas diaria	UGCC														
			Reunión mensual de dotación de camas	UGCC														
			Evaluación mensual casos excepcionales que esperan más de 12 horas	UGCC														
3.4	B.4_1.6	**Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las unidades de emergencia Hospitalaria adulto y pediátrico**	Rediseñar el flujo asistencial de pacientes en espera de resutados o procedimientos	SDM y SDA	% usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulta y pediátrica.	M>=95%												
			Habilitar YANI Urgencia para digitalizar los tiempos de atención	Jefe de Informática														
			Solicitar Gestor de Camas para la Red Asistencial	SDM														
			Reuniones trimestrales con equipo técnico para evaluar el flujo de pacientes, con indicación de hospitalización y que no van a Hospitalización Domiciliaria	U. Planificación y Control de la Gestión Hospitalaria														

8							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
8.3	B.3_1.6	**Eficiencia Clínica de la Unidad Dental**	Programar vacaciones de profesionales para contar con tiempo para gestión del reemplazo	Jefe Cr. Odontología	Índice de ocupación dental IOD	M >= 1,00												
			Actualizar manual de organización del CR	Jefe Cr. Odontología														
			Gestión de agendas de especialistas para ajustar a los tiempos de programación	Jefe Cr. Odontología														
			Contar con licitación de mantención preventiva y reparativa de los equipos dentales	Jefe Cr. Odontología														
			Gestión administrativa para nombramiento de los gestores de contraloría	Jefe Cr. Odontología														
			Monitoreo mensual de la producción de las especialidades odontológicas del CR de Odontología con informática y estadística.	Jefe Cr. Odontología														

							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
8.4	B.3_1.7	**Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico**	Análisis de nodos críticos y resultado de % pacientes que acceden a cama de dotación en < 12 hrs.	Equipo UEH	Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos	Disminuir en 10% el IEMA de cada GRDs seleccionado												
			Identificación de los nodos críticos que impactan en la estancia hospitalaria por cada GRDs	Jefes de especialidad														
			Análisis de nodos críticos que aumentan la EM inlier en esp. Medicina Interna	Jefe Medicina Interna														
			Análisis de nodos críticos que aumentan los días de estadia en UHD	Equipo UHD														
			Elaborar plan de mejora para cada GRD abordado: Oncología médica, Obstetricia y ginecología, Traumatología, Cirugía general y Cardiología	Comité Eficiencia Hospitalaria														
			Implementación de estrategias para mejorar la eficiencia hospitalaria	CEH + Equipos Clínicos														
			Supervisión del progreso y cumplimiento del plan de trabajo establecido.	CEH														
8.5	B.3_1.9	**Producción quirúrgica destinada a solución de lista de espera**	Elaborar manual actualizado de tipo organizacional, que contenga funciones, organigrama y perfiles de cargo.	Jefaturas de Pabellón Central	% producción quirúrgica destinada a la resolución de la lista de espera	De Toda La Producción Quirúrgica Un 30% Debe Ser De Listas De Espera Quirúrgica.												
			Ampliar las jornadas laborales en los tiempos de las tardes para optimizar el uso de los pabellones. Ejemplo, pabellones tardes, compras de servicio.	Director, Recurso Humano, SDGCP, SDA.														
			Proponer mantenciones de tipo preventivas para las puertas de acceso a los pabellones (automáticas) y climatización (inyectores)	Mantención														
			Falla de funcionamiento de grupos electrógenos, sobrecarga de energía y corte de suministro de climatización en los pabellones.	Mantención - Empresa Externa														
			Ausencia de recurso humano especializado, multiples renuncias, PSGS y migración por mejoras de grado hacia otros servicios de salud.	RRhh														
			Urgencialidad de los pabellones . Tipo de paciente, utilización de camas, patrología sobre agudizadas.	Jefaturas de Pabellón Central y Jefes de Especialidad.														
			Stock insuficiente de instrumental quirúrgico, tales como set de laparoscopias abdominales, instrumental más utilizado a diario.	SDA, SDGCP, directivos, RRFF														
			Asegurar la disponibilidad de cubículo en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica para evitar que el paciente permanezca en el quirófano por falta de este.	Pabellón Central / Unidad de Gestión de camas														
8.6	B.3_2	**Rendimiento de quirófano**	Urgencialidad de los pabellones . Tipo de paciente y sus comorbilidades, utilización de camas, patrología sobre agudizadas. Tiempos quirurgicos prolongados.	Jefaturas de Pabellón Central y Jefes de Especialidad.	Aumentar la cantidad de cirugías mayores electivas realizadas por quirófano según la capacidad instalada, buscando una gestión eficiente de los recursos y una mayor satisfacción de la demanda quirúrgica.	Promedio mensual de 4,1 cirugías diarias por pabellon (8)												
			Solicitud de cama UPC 24 hrs previa a la intervención quirurgica cuando esta se requiera.	Jefes de especialidad														
			Priorizar al momento de realizar programación de pabellones según complejidad y tiempo quirúrgico estimado, bloques horarios fijos para cirugias frecuentes.	Jefaturas de servicios clínicos														
			Revisión semanal de las listas quirúrgicas y confirmación con anticipación a los equipos.	Jefaturas de servicios clínicos														
			Preparación previa de instrumental e insumos a la llegada del paciente a su intervención.	Enfermeros Clínicos de la unidad														
			Inventario en tiempo real y reposición oportuna de insumos críticos.	Bodeguero/ Jefatura pabellon central														

							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
8.7	B.3_2.1	**Ocupación de quirófanos**	Revisión diaria de jornadas RRHH médico y no médico.	Enfermera supervisora de pabellón	85% de ocupación	Aumento de LEQ, insatisfacción usuaria. Mayor gasto por compra de servicios quirúrgicos												
			Entrega de programación de horas quirúrgicas del RRHH médico.	"Jefa Pabellón Subdirector gestión del Cuidado Subdirector Médico														
			Plan de trabajo con el SST para mejorar la distribución y programación de los bloques quirúrgicos.	"Jefa Pabellón Subdirector gestión del Cuidado Subdirector Médico														
			Monitoreo del inicio de la primera cirugía en los Quirófano electivos.	Supervisora de pabellón. Jefe médico Pabellón														
			Capacitación de TENS en preparación en las distintas especialidades tales como: auxiliar de anestesia, arsenalera y/o pabellonera	Jefa Pabellón														
			Usar planilla estándar de cumplimiento de tabla que contenga los códigos de las cirugías y horarios para mejorar la revisión, supervisión y comparación con las plataformas ministeriales.	Supervisora de pabellón. Jefe médico Pabellón														
			Realizar monitoreo y control por especialidad permanente	Unidad Planificación Control y Gestión de Gestión Hospitalaria														
			Reunión de revisión y análisis de suspensiones	SDGCP														
			Análisis del Índice de ausentismo por LMC Servicio de Anestesia y Pabellones	Director- SDGCP														
			Gestión de cierre de Pabellón 9	Director - SDM														

10		Mejorar las capacidades, compromiso y eficiencia del personal					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
10.1	B.2.3	**Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa**	Resolución Exenta 2169 del 24 de septiembre del 2025, que aprueba Plan Local de Ausentismo	SDGDP	Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e Índice de ausentismo laboral	M1: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del plan local de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención.												

11		Fortalecer las competencias de los equipos					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
11.1	M.S. 13 19.664 / 13 18.834	**Mantener con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar a funcionarios de la dotación del personal**	Realizar capacitaciones a funcionarios en reanimación cardiopulmonar	Depto. de Capacitación	Porcentaje de funcionarios Ley 18.834 capacitados en CAPREA	>=60% funcionarios capacitados												
11.2	M.S. 14 19.664 / 14 18.834	**Fortalecer y actualizar el conocimiento de personal de salud con atención clínica directa en las principales medidas de prevención y control de IAAS, con especial énfasis en precauciones estándares.**	Mantener actualizada los contenidos de capacitación IAAS	Oficina Programa Control de Infecciones	Porcentaje de profesionales 18.834 capacitados en prevención y control de IAAS	>= 70% funcionarios capacitados en IAAS												
11.3	M.S. 12 19.664 / 12 18.834	**Fortalecer y actualizar conocimientos de los funcionarios en temáticas transversales relevantes en los Establecimientos de Salud.**	Matener en PAC cursos relacionados a temáticas relevantes como: Trato Usuario, Humanización en la atención, DDHH, integridad y prevención en corrupción y violencia en espacios de trabajo (Probidad, transparencia)	Depto. de Capacitación.	Diferencia de tasa de funcionarios capacitados en temáticas asociadas a temas transversales relevantes respecto al año anterior.	>= 5%												

12							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
12.1	B.1_1.1	**Unidades funcionales que cumplen con el índice de rotación de camas**	Fortalecer el rol de la Unidad de Gestión de Camas local y su articulación con la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC)	Subdirector Médico, Jefe Médico Gestión de Camas, EU Jefe Gestión de Camas	% de rotación por estancia en días camas	Promedio de disminución mensual de dias de estancia en ocupación de camas												
			Intencionar la implementación de rondas clínicas resolutivas antes del mediodía para definir con antelación los pacientes candidatos a egreso diario	Subdirector Médico, Jefe Médico Gestión de Camas, EU Jefe Gestión de Camas														
			Proponer flujos preferentes en laboratorios e Imagenología para pacientes hospitalizados, reduciendo los días de estada innecesarios	Jefe Médico Gestión de Camas, EU Jefe Gestión de Camas														
			Colaborar en la coordinación de la derivación temprana a hospitalización domiciliaria de pacientes estables que aún requieren cuidados de baja complejidad o bajada de tratamientos parenterales al domicilio.	Jefe Médico Gestión de Camas, EU Jefe Gestión de Camas														
			Programación del alta: Identificar antes de las 17:00 horas del día anterior a los pacientes con alta probable para el día siguiente	Subdirección Médica, Jefes de Servicios clínicos														
			Tiempo de respuesta servicios de apoyo clínico: Priorizar exámenes e informes de laboratorio, alta complejidad (Tac, Resonancia) y ecografías para acortar la espera diagnóstica	Jefa Imagenología, Jefe Laboratorio														
			Gestión al alta. Paciente sacado inmediatamente una vez con el alta, colaborándole en la gestión clínica- administrativa para su salida.	SubdirecciónMédica, Subdirección de Gestión y Cuidado del Paciente														
			Desarrollo e implementación de Epicrisis en HIS	TIC & CEH														
			Desarrollo de solicitud de horas de control/interconsultas a través del HIS	TIC, UGR, CEH														
			Desarrollo e implementación de receta electrónica	TIC & Farmacia														
			Capacitación de nueva epicrisis a médicos de servicios Piloto: Medicina, Cirugía y UPCA.	TIC & CEH														
			Capacitación masiva de Gestión del alta en el 100% de los Servicios Clínicos del Hospital.	Equipo TIC, Coordinador CEH, Jefes Médicos y Enf. Supervisoras.														
			Implementación de la gestión del alta a través de la nueva Epicrsis en todos los servicios clínicos	Equipo TIC, Coordinador CEH, Jefes Médicos y Enf. Supervisoras.														

GESTIÓN ASISTENCIAL

OE			ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	INDICADOR	META	T1			T2			T3			T4		
4		Gestionar la demanda asistencial, facilitar el acceso y la oportunidad en la					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
4.1	C 4_1.1 M.S. 6 19.664 / 6 18.834	**Cumplimiento de garantías explícitas en Salud (GES) en la red**	Reuniones de trabajo GES conformado por SDM, Referente GES de SDM, Encargada Unidad GES, Referente GES SST, Jefes de servicio según Problema de Salud.	Subdirección Médica	% de Cump. GES en la Red	M=100%												
			Monitoreo de GO GES vencidas y por vencer e informar en reuniones de jefes de servicio para obtener propuestas y acciones de cumplimiento de estas.	Subdirección Médica														
			Mantener, programar y planificar estrategias en conjunto con el SST para resolución de GO GES a través de proyectos, GORE, RED Regional, MINSAL, FONASA e institucional.	Subdirección Médica														
			Priorizar procedimientos de Imagenología, TAC, RNM, ECO para confirmación diagnóstica, etapificación y seguimiento GO GES.	SDM , Jefe de Imagenología														
			Planificar, programar y licitar convenios de compras de prestaciones con insuficiente oferta para la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento, que se requieren por canasta GES.	SDM, SDGC, SDA.														
			Planificación y programación eficiente y oportuna de los pacientes que requieren de cirugía ambulatoria u hospitalización de los pacientes GES.	SDM/ SDGC / Jefes Servicio Quirurgicos. con apoyo de Referente GES SDM y Encargada GES														
			Actualización de resolución GES con los Encargados y supervisoras de procesos.	SDM / Referente GES SDM, Jefe CAE, Encargada Unidad GES														
			Instrucción de digitalización IPD, consentimiento informado y comité oncológico	Dirección														
	C.4_1.5	**Proporción de disminución de la lista de espera para consulta nueva de especialidad con antigüedad sobre el percentil 75**	Trabajo de equipo de LECN conformado por referentes del SST y del HETG , Director, SDM, Referente LE, Médico gestor de LE.	SDM - Jefa CAE	% de lista de espera menor a la producción actual para consultas nuevas	>= 95% la lista de espera de consultas nuevas de especialidad sobre el percentil 75												
			Priorizar y disponer de horas específicas de consultas agendadas por especialidades médicas otorgadas por SOME para los pacientes de la LECN.	Jefa UGR														
			Priorización de Examenes o Procedimientos definidos como pre-requisitos para las Consultas Nuevas en algunas especialidades	Médico encargado de la gestión de la LECN														
			Partipar de compras de Cons. Nuevas de Espec. con insuficiente oferta en el Hospital, planificadas por el SST.	SDM, Jefe CAE, Encargada LE, Médico de gestión LE, Jefe SOME, Supervisora CAE.														
			Gestión activa para aumentar disponibilidad de boxes para la atención de pacientes	SDM - Jefe CAE														
			Gestión activa para contar con móviles del Hospital para rescate de paciente que no responden por telefono.	Médico encargado de la gestión de la LECN														
	C.4_1.7	**Proporción de reducción de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75**	Identificación de casos que corresponden al percentil 75 de Piso Pélvico (X pacientes)	Unidad Planificación y Control de la Gestión Hospitalaria.	% de disminución de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores	>= 95% la lista de espera de intervenciones quirúrgicas sobre el percentil 75												
			Entrega de informes del seguimiento de casos	Unidad Planificación y Control de la Gestión Hospitalaria.														
			Priorizar a las pacientes por disponibilidad de pabellones por alerta oncológica	Dr. Jefe Gineco_Obstetricia														

CALIDAD DE LA ATENCION

OE			ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	INDICADOR	META	T1			T2			T3			T4		
6		Proporcionar atención oportuna, segura y digna					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
6.2	D.4_1.8	**Medición de la satisfacción Usuaria**	-Activar funcionamiento de acompañamiento espiritual y voluntariados	U. Gestión al Usuario	% de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria	M =100%												
			-Inducción acompañamiento espiritual															
			-Creación de credenciales con vigencias de 4 años															
			-Vacunación, acompañamiento espiritual y voluntariado															
			-Realizar reuniones entre voluntariado y equipo directivo HDETG															
			-Análisis de causas con Jefaturas de Servicios Clínicos o Unidades con reclamos por trato al usuario y realizar															
			-Aplicar instrumento de Satisfacción Usuaria a las áreas ambulatorias, hospitalización y urgencias.															

9		Mejorar calidad de atención					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
9.1	PE	**Mejorar la consistencia de los registros estadísticos oficiales**	-Participar en reuniones, comisiones internas, con Jefes de unidades de producción y destacar la importancia de la	UGIS	% de áreas de producción con registros de producción automatizado.	100% de las áreas de producción con registros de actividad automatizado.												
			-Entrega de reportes semanales de actividades no confirmadas en áreas de urgencia y ambulatorio (médicos y no médicos)															
			-Continuar con el desarrollar dashboard de producción del proceso ambulatorio y de Urgencia Adulto Infantil															
			-Reiterar por resolución a las unidades de producción, con apoyo de Dirección, plazos mensuales para la entrega de información. Calendararización con los cierres estadísticos.															
			-Velar por la concordancia entre las atenciones médicas (At. Abierta, Cerrada y de Urgencia), informadas a través de registros clínicos (SIDRA) y REM.	UGIS - Depto. Informática														
			-Realizar plan de trabajo que aborde el desarrollo de soluciones de automatización de la información. Unidad Gestión de la Información - Depto. Informática. Urgencia. Ambulatorio, Apoyo Diagnostico															
			-Realizar cursos para fortalecer el conocimiento en el procesamiento de datos.	UGIS														
			-Velar por el correcto uso y cumplimiento de plazos en carga de registros en SIGTE. Velar por la consistencia de los registros en SIGTE v/s ingresos y egresos de listas de esperas.															
			-Integrarse a la red, en reuniones del proceso de información SIGTE. Comunicar formalmente las debilidades de SIGTE y reportar mensualmente al gestor de red registros de pacientes atendidos pero que no pueden ser egresados de SIGTE.															

10		Fortalecer procesos de mejora contínua y calidad					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
10.1	D.3_2.2	**Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría**	Nombrar funcionario Referente de Gestión que apoye la gestión Directiva de Planes de Mejora y su Implementación.	Director	% Comp. suscritos e imp. prod. de una Auditoría	M: T1: ≥ 90,0% compromisos suscritos T2: ≥ 90,0%, ≥ 80,0% o ≥ 70,0% de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.												
			Reforzar indicación Directiva de responsabilidad de Subdirectores.	Referente Gestor														
			Comunicar a Subdirectores aplicación del EA respecto de incumplimientos de plazos	Referente Gestor														
			Incorporar en perfil de Subdirectores, la responsabilidad de cumplimiento en elaboración de planes de mejoras y su implementación.	Director														
			Funcionario Referente de Gestión informar mensualmente por escrito a Director del cumplimiento de Planes de Mejora y su Implementación.	Referente Gestor														
			Funcionario Referente de Gestión debe coordinar mensualmente reunión entre Director y Subdirectores para informar de avances de los planes de mejora y su implementación.	Referente Gestor														
			Utilizar sistema informático de CGR para realizar monitoreo de planes de acción	U. Auditoría														
			Referente de Gestión debe realizar reuniones periódicas con jefes de áreas auditadas	U. Auditoría														
			Cumplir Resolución Exenta 12780 del 14.12.2023 aprueba Plan de Trabajo Auditoría 2024 y posteriores modificaciones.	U. Auditoría														
10.2	PE	**Contar con un proceso sumarial ordenado en sus etapas, definición de roles y responsabilidades.**	-Modelar proceso de sumarios.	SDGDP	% Cumplimiento del Plan de actividades de proceso sumarial	M = 100%												
			-Mantener actualizados manuales de procedimientos sumariales, publicar e informar de sus actualizaciones a la comunidad hospitalaria.															
			-Denifir roles y responsabilidades de funcionarios y unidades que intervienen en las diferentes etapas del proceso sumarial.															
			-Establecer formatos de reportes de los estados de sumarios de la institución a la autoridad.															
			-Entregar mensualmente a la autoridad los estados de los sumarios de la institución.															

15		Fortalecer procesos de mejora continua y calidad					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
15.1	PE	**Contar con sistemas de información para la actividad hospitalaria.**	-Reactivar Comité de gestión de procesos e informática local, multidisciplinario.	U. Planificación y Control de Gestión	% de actividades ejecutadas del Plan de Informática	M=90%								■				
			-Implementar turno para entregar "Soporte Informático" en horas inhábiles.	Depto. Informática				■										
			-Determinar estratégicamente la dependencia administrativa permanente del Depto. de Informática.	DIRECCIÓN						■								
			-Mantener actualizada brecha de equipos computacionales.	Depto. Informática						■				■				■
			-Comité de Informática local debe contar con procedimiento de levantamiento de requerimientos institucionales sobre soluciones informáticas.												■			
			-Participar en reuniones de análisis de datos, de haber observaciones a la calidad de los datos, se debe corregir y desarrollar la mejora en los sistemas que impidan el ingreso de datos erróneos.				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
			-Mantener la concordancia entre las atenciones médicas (At. Abierta, Cerrada y de Urgencia), informadas a través de registros clínicos (SIDRA) y REM.	UGIS - Depto. Informática								■	■	■	■	■	■	■
			-Desarrollar plan de trabajo 2026 para el desarrollo de la automatización de registros de producción como de Kinesiología, Rehabilitación, Hospital de día.	Depto. Informática - UGIS											■	■	■	■
			-Depto. informática debe mantener la integración entre los sistemas de información local y los de red asistencial.	Depto. Informática			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
			-Nombrar encargado en el establecimiento de seguridad de la información y ciberseguridad.									■						
			-Diagnóstico de sistema de gestión de la seguridad de la información y ciberseguridad del HDETG.									■						
			-Estudio para analizar posibles soluciones de "Soporte Informático" en horas inhábiles.											■				
			-Participar en reuniones de análisis de datos, de haber observaciones a la calidad de los datos, se debe corregir y desarrollar la mejora en los sistemas que impidan el ingreso de datos erróneos.				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
			-Velar por la concordancia entre las atenciones médicas (At. Abierta, Cerrada y de Urgencia), informadas a través de registros clínicos (SIDRA) y REM.	UGIS - Depto. Informática								■	■	■	■	■	■	■

18		Disminuir los costos de la no calidad					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
18.1	D.3_2.3	**Incidentes de síndromes clínicos vigilados priorizados (IAAS)**	-Difusión diagnóstico epidemiológico 2025 al equipo directivo y jefaturas de los servicios clínicos	Médico Jefe PCI y enfermera encargada PCI	% de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)	M >= 90%												
			-Elaboración de Plan Anual del PCI año 2026, que involucra las intervenciones para aquellos indicadores sobre la referencia nacional	Médico Jefe PCI y enfermera encargada PCI														
			-Realizar evaluación del cumplimiento del plan anual de manera periódica	Enfermera encargada PCI														
			-Revisión y búsqueda de evidencia cientifica para la prevención de IAAS, en aquellos sindromes clínicos que resultaron con tasas sobre la referencia Nacional	Enfermera universitara de PCI														
			-Visitas de vigilancia epidemiológica, de acuerdo a programación anual															
			-Supervisar las prácticas de prevención de IAAS , establecidas en el PSPP															
			-Elaborar informes de resultados de la supervisión de prácticas de prevención aplicadas durante los periodos	Enfermera encargada PCI														
			-Supervisión de prácticas de prevención de IAAS relacionadas con los CUP y CICC	Equipo de enfermeras de PCI														
			-Capacitación en prevención de IAAS en CUP y CICC	Enfermera universitara de PCI														
			-Realizar informe de cobertura de capacitaciones por SSCC															
			-Aplicar pautas de supervisión de mantención e indicación de CVC y CUP posterior a capacitaciones para evaluar el impacto de las intervenciones.															
			-Elaborar informe de evaluación de plan de mejora al menos cuatrimestralmente	Enfermera encargada PCI														
			-Capacitación y refuerzos a enfermeras de PCI	Enfermera encargada PCI y/o subrogante														
			-Coordinación y participación del equipo PCI en estrategias de prevención de ITS/DAVC dirigida a los profesionales de enfermería y matronería de los servicios clínicos que instalan y/o mantienen DAVC	Equipo de enfermeras de PCI														
			-Capacitar en prevención de IHO, preparación del sitio quirúrgico, mantención de técnica aséptica y uso correcto de profilaxis antibiótica.															
			-Capacitación en precauciones estándar y según mecanismo de transmisión															
			-Elaborar informe de IAAS del HETG al menos cuatrimestralmente	Enfermera universitara de PCI														
			-Difundir los informes de IAAS al equipo directivo y jefatura de los servicios clínicos	Médico Jefe PCI y enfermera encargada PCI														
			-Supervisión inmediata de prácticas de prevención frente al aumento de casos de IAAS inesperado de los sindromes clínicos	Enfermera universitara de PCI														
			-Supervisión de pautas de mantención e indicación de CVC y CUP, al menos 5 pautas para cada practica y tipo de dispositivo.															
			-Gestionar infografía para difusión de practicas de prevención dispuestas en los SSCC															
			-Participar activamente en la gestión de insumos para la prevención de IAAS, respaldados con evidencia científica															
			-Desarrollar directrices y protocolos de prevención de IAAS, relacionadas con la contingencia local o nacional y/o propias del HETG	Médico Jefe PCI y enfermera encargada PCI														

2.- CÚMPLASE por parte de las distintas Subdirecciones, Departamentos, Unidades y Oficinas las actividades detalladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2025".

3.- PUBLÍQUESE el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2026" documento completo y detallado, con responsables y plazos de cumplimiento en la página web del establecimiento autogestionado en red www.hospitaliquique.cl, con el nombre Plan_actividadesHDETG_2026.pdf

4.- DEFÍNASE como metodología para el seguimiento y monitoreo de las actividades contempladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2026" el uso de la herramienta de Control de Gestión "Cuadro de Mando Integral" o "Balanced Scorecard".

5.- HÁGASE el seguimiento oportuno a las actividades por parte de la Unidad de Planificación y Control de la Gestión Hospitalaria.

6.- DESE cumplimiento al articulado 16, letra d) del Decreto Supremo Nº 38 del año 2005.-

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

HOSPITAL DR. E.TORRES G. DIRECTOR IQUIQUE

DR. ALDO CAÑETE SOTO
DIRECTOR (S)
HOSPITAL "DR. ERNESTO TORRES GALDAMES"

Lo que me permito transcribir a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes.

HOSPITAL DR. E.TORRES G. MINISTRO DE FE IQUIQUE

BERNARDITA JORQUERA GARCÍA
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCIÓN

Dirección
Sub Dirección Médica
Sub Dirección Gestión y Cuidado del Paciente
Sub Dirección Administrativa
Sub Dirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
Unidad de Control de la Gestión Hospitalaria
Oficina de Partes